профессору Гердовой Т.Н.

МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ РСФСР

УПРАВЛЕНИЕ ВРАЧЕБНО-ТРУДОВОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Центральный научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов

Мелехов Д.Е. Дукельская И.Н., Коробкова И.Э.

ВРАЧЕБНО-ТРУДОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА И ТРУДОВОЕ УСТРОЙСТВО БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Методическое письмо № 14

Одобрено Ученым Советом ЦИЭТИНа

Москва 1955 г.

МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ РСФСР

УПРАВЛЕНИЕ ВРАЧЕБНО-ТРУДОВОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Центральный научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов

Врачебно-трудовая экспертиза и трудовое устройство больных шизофренией

Методическое письмо № 14

Одобрено Ученым Советом ЦИЭТИНа

Москва 1955 г.

МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ РСФСР
УПРАВЛЕНИЕ ВРАЧЕБНО-ТРУДОВОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Центральный научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов

Методическое письмо № 14.

ВРАЧЕБНО-ТРУДОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА И ТРУДОВОЕ УСТРОЙСТВО БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ.

В практике врачебно-трудовой экспертизы больные шизофренией встречаются чаще, чем больные другими формами психических заболеваний и составляют от 20 до 25% всех, признаваемых инвалидами по психическим заболеваниям.

В некоторых ВТЭК отмечается более высокий % больных шизофренией среди признаваемых инвалидами, что является результатом ошибочного диагносцирования этого заболевания и говорит о трудностях диагностики шизофрении в амбулаторных условиях.

Такие диагностические ошибки, нередко приводящие к ошибочным экспертным заключениям и неправильным трудовым рекомендациям, чаще всего заключаются в неправильном диагносцировании шизофрений при наличии у больного психопатии или органических заболеваний центральной нервной системы разной этиологии. Поэтому в работе ВТЭК надо уделить особое внимание дифференциальной диагностике шизофрении с этими заболеваниями.

Нередко ошибочно ставится диагноз шизофрении в случаях психопатии, патологического развития личности потому, что недостаточно внимательно изучается анамнез и в результате психопатические черты характера, свойственные больным с молодого возраста, трактуются неправильно как шизофренические изменения личности. Диагноз шизофрении оправдан только в тех случаях, когда имеется характерное для шизофренического процесса постепенное нарастание изменений личности, нарушений мышления, аффективной тупости и т. д.

В других случаях диагностические ошибки связаны с недостаточным неврологическим исследованием или недостаточным учетом данных неврологического статуса. В результате, при инфекционных, токсических и других органических поражениях ц. н. с. ошибочно ставится диагноз шизофрении только потому, что у больных имеются отдельные симптомы, встречающиеся и при шизофрении (так называемые шизофреноподобные состояния). В таких случаях, наряду с анамнестическими данными и неврологическим статусом диф-

ференциально-диагностическое значение может иметь также характер интеллектуального снижения больных.

При органических заболеваниях ц. н. с. наблюдается снижение интеллекта, ослабление памяти, затруднение в освоении нового, в обучении, в разрешении сложных заданий. У больных шизофренией, наоборот, может наблюдаться относительная сохранность памяти, возможность приобретения новых знаний. Парадоксальным представляется тот факт, что больные шизофренией иногда могут лучше разрешать более сложные задачи, чем простые. Многие из них сравнительно легко усваивают учебный материал, но значительные затруднения вызывает у них применение приобретенных знаний в практике, налаживанию правильных отношений с коллективом. Нарушения мышления, аутистические тенденции, наклонность к мудрствованию и резонерству, трудность применения приобретенных знаний к требованиям повседневной реальной действительности затрудняют их трудовую деятельность и снижают трудоспособность.

Эти особенности психических нарушений выявляются при исследовании психического статуса, а также данных объективного анамнеза, производственной характеристики и результатов обследования больных в условиях трудовой деятельности и в быту. Существенную помощь врачу-эксперту при исследовании нарушений мышления может оказать психологическое исследование.

Диагноз шизофрении должен ставиться не на основании тех или иных психопатологических симптомов, а на основании всей структуры состояния больного и течения заболевания в целом. Решающее значение имеют приобретенные в ходе болезни изменения личности, нарушение контакта с окружающим миром, аутизм, эмоциональное оскудение, расстройства мышления со склонностью к резонерству, к параноидной интерпретации окружающего.

В практике ВТЭ и трудоустройства следует учитывать, что при благоприятном течении процесса и при наступлении ремиссии выраженные болезненные явления могут пройти и в статусе больного могут остаться только некоторые нерезко выраженные изменения, которые не мешают больным вернуться к работе, иногда даже высокой квалификации.

При определении прогноза трудоспособности больных шизофренией необходимо считаться с тем, какая клиническая форма шизофрении у данного больного, так как для различных клинических форм более или менее установлена различная последовательная смена состояний в ходе развития болезни.

Основные и наиболее часто встречающиеся формы шизофрении —параноидная, кататоническая и простая. Выделение других форм как самостоятельных (ипохондрической с выраженными ипохондрическими переживаниями, а иногда и ипохондрическим бредом и неврозоподобной с синдромом навязчивости и астенизацией психи-

ки) нельзя считать окончательно доказанным и их следует скорее рассматривать, как варианты основных форм. Циркулярная форма шизофрении выделена по принципу типа течения, о значении которого будет сказано особо. Гебефреническая форма не имеет большого значения в экспертной практике. В типичных случаях она начинается в юношеском возрасте, проявляется в свойственной этому возрасту, но крайне заостренной психической неуравновешенности, протекает с грубыми нарушениями мышления и быстро приводит к психическому дефекту. Таким образом, больные этой формой шизофрении попадают во ВТЭК чаще всего в стадиях постпроцессуального дефекта с выраженными изменениями личности и мышления для разрешения вопроса о пенсии по трудовому стажу умерших родителей. О различных проявлениях шизофренического дефекта, в частности, и при этой форме шизофрении будет итти речь при обсуждении вопросов трудоустройства больных шизофренией.

Для определения той или иной формы шизофрении надо учитывать не только клиническую картину данного приступа, но и все течение заболевания в целом, с последовательной сменой клинических картин. Так, например, возникший впервые приступ кататонии и повторяющиеся затем кататонические приступы дают основание для диагноза кататонической формы шизофрении, то-есть так называемой первичной кататонии (конечно при условии отграничения от каких-либо других заболеваний—инфекционных, психогенных и других, которые могут протекать с кататоническим ступором или возбуждением).

Появление же кататонического приступа после ряда параноидных, галлюцинаторно-параноидных приступов, или после нескольких лет течения шизофрении по типу простой, по существу являются лишь этапом течения параноидной или простой формы шизофрении (так называемая вторичная кататония).

Прогноз трудоспособности при первичной и вторичной кататонии, большей частью различен. Вторичная кататония, развивающаяся, как этап течения параноидной формы, редко поддается терапии и почти всегда вызывает стойкую и длительную утрату трудоспособности. Больные, во всяком случае на некоторый период, являются инвалидами, чаще всего 2-ой или 1-ой группы.

Но и первичная кататония, развивающаяся в рамках кататонической формы шизофрении, может иметь различное начало и дальнейшее течение и соответственно различный прогноз трудоспособности.

В одних случаях развитию кататонических явлений предшествует очень кратковременный период острого бредового состояния с несистметизированными полиморфными, образными бредовыми идеями. У большинства таких больных устанавливается субступорозное состояние с онероидными переживаниями, изменчивое по

внешним проявлениям («рецепторный ступор»). Эта группа больных характеризуется, большей частью, приступообразным течением с ремиссиями. Поэтому с переводом на инвалидность таких больных торопиться не следует. Они часто дают хороший эффект при лечении. Трудоспособность больных по выходе из острого приступа будет различной в зависимости от состояния в период ремиссий (о чем будет сказано в дальнейшем изложении).

В других случаях течение первичной кататонии характеризуется постепенным началом, медленным развитием болезни и хроническим течением часто без выраженных ремиссий. Онероидные переживания у этих больных не выявляются, двигательная заторможенность доходит до полного сутопора с более однообразной клинической картиной («эффекторный ступор»). Терапевтические ремиссии у этих больных наступают редко. Трудоспособность почти всегда утрачивается на длительный период и поэтому подобные больные являются инвалидами 2-ой или 1-ой группы.

Неоднороден прогноз трудоспособности также и при параноидной форме шизофрении. С точки зрения прогноза трудоспособности при этой форме целесообразно различать:

1) паранойяльный синдром в форме стойкого систематизированного бреда, не сопровождающегося галлюцинациями, обычно с хроническим течением процесса, большей частью с длительно остающейся бредовой концепцией. У этих больных, даже и при отсутствии критики к бреду, может сохраняться относительно правильная оценка явлений окружающей жизни и, в частности, трудовой деятельности, если она не входит в сферу бредовых построений больного. В связи с этим для больных сохраняется возможность иногда длительно оставаться в условиях трудового коллектива, хотя и со снижением трудоспособности и ограничениями в выборе видов труда.

2) Ипохондрический бредовой синдром, при котором содержание бреда составляет неправильная оценка состояния собственного организма (гниение, отсутствие органов и т. д.). Течение процесса при этом синдроме большей частью неблагоприятно и больные чаще всего на длительный период остаются нетрудоспособными.

3) Бред с выраженными явлениями воздействия, автоматизма, с обильными псевдогаллюцинациями, т. е. разнообразными проявлениями синдрома Кандинского. При значительной выраженности и длительности подобных явлений, при доминирующем значении их в статусе больного исход является в большинстве случаев неблагоприятным. Больные большей частью являются нетрудоспособными (II-I группа).

4) Острый галлюцинаторно-бредовый синдром, с обильными полиморфными бредовыми идеями, часто с образной окраской их, с элементами растерянности. При этом могут наблюдаться и отдель-

ные явления синдрома Кандинского, но они едеиничны, нестойки, не определяют состояние больного и могут претерпевать обратное развитие. Для таких благоприятных по прогнозу бредовых синдромов характерно наличие в картине заболевания некоторых, хотя бы и нерезко выраженных кататонических явлений, а также той или иной степени депрессии. При подобных состояниях чаще отмечается более благоприятное течение процесса с наступлением более или менее выраженной ремиссии. Состояние трудоспособности больных в период ремиссии может быть весьма разнообразным (от нетрудоспособности до полного восстановления) и зависит от полноты и стойкости ремиссии, от структуры остающегося в период ремиссии дефекта психики и степени его компенсации, о чем подробно будет сказано ниже.

5. О плохом прогнозе вторичной кататонии, развивающейся в рамках параноидной шизофрении было уже сказано раньше.

Также и простая форма шизофрении неоднородна по течению и прогнозу. Приходится различать, с одной стороны, злокачественно, по типу катастрофы, текущие случаи с быстрым наступлением распада—слабоумия (простое слабоумие, раннее слабоумие, так назыв. ядерная группа шизофрении), которое приводит к стойкой и длительной утрате трудоспособности.

С другой стороны, наблюдаются случаи медленного, вялого течения простой формы шизофрении, нередко определяемой как неврозоподобная, которая протекает с медленным нарастанием явлений расщепления,с периодическими обострениями, обусловливающими временную нетрудоспособность. Между такими периодами обострения могут быть периоды полной и стойкой ремиссии, нередко с полным восстановлением трудоспособности. Явления шизофренического дефекта в этих случаях выступают большей частью только после 3-4 приступа болезни, когда и наступает стойкое снижение или даже полная потеря трудоспособности.

Из приведенного здесь краткого описания различных вариантов кататонической, параноидной и простой форм шизофрении видно, что каждая из описываемых в учебниках форм может иметь самое разнообразное течение и различный прогноз и что шизофрения, как заболевание хроническое и продолжающееся нередко в течение всей жизни больного, может проходить различные стадии со сменой оценок трудоспособности. Этим и объясняется то, что заключения о группах инвалидности у больных часто меняются. Отсюда следует основное правило врачебно-трудовой экспертизы при шизофрении:

Эксперт во ВТЭК может вынести правильное заключение, только учитывая в каждом отдельном случае как клиническую форму шизофрении, так и тип течения и стадию течения заболевания.

Тип течения определяется быстротой наступления дефекта, эффективностью терапевтического вмешательства, степенью сопро-

тивляемости организма, наличием «защитных средств» и компенсаторных возможностей.

Резко различен прогноз трудоспособности при разных типах течения.

При неблагоприятном злокачественном течении процесс развивается быстро, приступ затягивается надолго, несмотря на проводимое лечение, уже в первые месяцы обнаруживаются проявления стойкого и выраженного дефекта психики. Психоз принимает хроническое течение или переходит в картину исходного слабоумия. Трудоспособность утрачивается на многие годы. Экспертиза чаще всего заочная. Возможности приспособления к труду в стадии исходного слабоумия ограничены: относительная компенсация дефекта достигается обычно лишь в результате длительной трудотерапии, проводимой в условиях колонии для хроников или амбулаторных лечебно-трудовых мастерских.

Примеры такого течения дают чаще всего упомянутые ранее вторичные кататонии, часть больных параноидной формой шизофрении с стойкими проявлениями синдрома Кандинского и случаи простой шизофрении, развивающейся по типу раннего слабоумия.

При ремиттирующем течении процесса, так же как и при медленном течении с обострениями—первый и второй приступ болезни, как правило, хорошо поддается лечению и после, иногда длительного периода временной нетрудоспособности, переходит в стадию ремиссии.

После первых приступов ремиссии могут быть полными и стойкими. В дальнейшем отмечаются все увеличивающиеся проявления дефекта, и трудоспособность у больных большей частью не восстанавливается даже и тогда, когда они выходят из периода обострения.

По ремиттирующему типу протекают формы первичной кататонии с онероидными явлениями и преимущественно «рецепторным ступором» с острым началом и бурным развитием болезни, а также случаи параноидной формы шизофрении с острым галлюцинаторным бредовым синдромом, сопровождающимся отдельными элементами депрессии-кататонии. Близка к ремиттирующему типу по прогнозу трудоспособности циркулярная форма шизофрении.

Медленное, вялое течение процесса без выраженных психотических приступов, без резких, быстро наступающих изменений личности с медленным в течение многих лет выявлением дефекта психики позволяет больным длительно сохранять возможность работы в трудовом коллективе, хотя бы и со снижением трудоспособности. сопротивляемостью болезни и способностью диссимулировать свое состояние.

Такой тип течения чаще всего наблюдается при простой форме шизофрении, протекающей по неврозоподобному типу, а также при

некоторых формах кататонии и при параноидной форме, развивающейся с паранойяльным синдромом.

При прогредиентном подостром или прогредиентном приступообразном течении заболевание развивается хотя и не злокачественно, но в основном неблагоприятно. Проявлений острого психоза может и не быть, но болезнь упорно не поддается терапии, либо больной выходит из приступа болезни сразу резко измененным, сниженным и это снижение в дальнейшем неуклонно нарастает от приступа к приступу. При таком течении заболевания больные обычно ряд лет остаются непригодными к труду и только очень медленно, по мере затихания подострых проявлений процесса или по мере компенсации дефекта возвращаются к труду с резким снижением своих трудовых возможностей и квалификации. Такое затяжное подострое или приступообразное течение чаще всего обнаруживается в случаях первичной катотонии с постепенным началом и медленным, упорным развитием болезни при наличии по преимуществу «эффекторного ступора», а также в случаях параноидной формы с ипохондрическим синдромом и с синдромом Кандинского.

В процессе рассмотрения принципов прогноза трудоспособности при различных формах и типах течения шизофрении выяснилось, что одного знания формы и типа течения в каждом отдельном случае для прогноза трудоспособности недостаточно: необходимо также учитывать и стадию, которую проходит к моменту экспертизы те или иные клиническая форма шизофрении.

На основании опыта экспертной клиники необходимо иметь в виду следующие наиболее часто встречающиеся **стадии течения шизофрении** и соответствующие этим стадиям указания о прогнозе трудоспособности:

1) **Острые состояния,** когда все болезненные явления резко выражены и больной находится во власти своих психотических переживаний. Благоприятными прогностическими признаками этих состояний при всех формах шизофрении являются острота возникновения психотического состояния, психическая полноценность больного до заболевания, возраст больных при начале заболевания, приблизительно между 20-35 годами.

В острых состояниях больные шизофренией являются временно нетрудоспособными. Совершенно неправильно переводить подобных больных на инвалидность только по признаку длительности пребывания на больничном листе. Перевод их на инвалидность может быть оправдан только в тех случаях, когда проведенное активное лечение не дало существенного эффекта, когда обнаружилось затяжное неблагоприятное или затяжное подострое течение процесса, выявили+ь черты необратимого дефекта или слабоумия, функциональные нарушения приобрели устойчивый или необратимый характер, определилось наличие стойкой утраты трудоспособности.

2) **Затяжные подострые состояния** с некоторой тенденцией к затиханию болезненных явлений или, по крайней мере, некоторому привыканию больных к ним, при сохраняющихся все же проявлениях активного процесса. Подобные состояния могут носить затяжной характер, продолжаться иногда ряд лет и больные во время их являются стойко нетрудоспособными (инвалиды 2-й или 1-й группы).

3) **Исходные состояния,** стадия исходного слабоумия с грубыми изменениями личности и нарушениями мышления, при неблагоприятном течении процесса. В этих состояниях больные являются нетрудоспособными и должны признаваться инвалидами 2-1 группы и нуждаются в организации для них систематической трудовой терапии в амбулаторных или стационарных условиях.

4) **Состояния ремиссии** с приостановлением развития патологического процесса. Тип и структура этих ремиссий может быть чрезвычайно различна. Главными для эксперта признаками являются полнота ремиссии, ее стойкость и наличие или отсутствие дефекта психики. В сравнительно редких случаях, когда ремиссия является полной и остаются болезненные явления, сводящиеся лишь к некоторой астенизации психики, больные могут признаваться трудоспособными. Однако, в большинстве случаев после острого приступа заболевания у больных сохраняется более или менее выраженный дефект психики и состояние больных приходится определять, как ремиссию с дефектом.

В экспертной практике прогноз трудоспособности больных, состояние которых диагносцируется как «ремиссия с дефектом» определяется аналогично тем случаям, когда после перенесенного приступа болезни или длительного подострого течения клинически определяется постпроцессуальное дефектное состояние или постпроцессуальные изменения личности.

Приведенные данные о прогнозе трудоспособности на разных стадиях течения шизофрении позволяют сформулировать следующие правила:

Ведущим в экспертизе является дифференциальная диагностика активного процесса в острых или подострых стадиях от затихшего или остановившегося процесса в стадии выздоровления, ремиссии, постпроцессуального дефекта и т. д.

В острых и подострых стадиях экспертное заключение и трудовые рекомендации в основном диктуются интересами терапии и лечебно-восстановительных трудовых процессов.

В стадиях ремиссии с дефектом и постпроцессуального дефекта главная задача эксперта—определение трудовой рекомендации и своевременное трудоустройство на показанной для больного работе.

Наиболее сложно и важно разрешение вопроса о трудоспособности больных шизофренией именно в эти периоды заболевания, когда процесс уже прошел активную стадию и клинической основой

прогноза трудоспособности является характеристика дефектного состояния. В клинике нет общепринятой **классификации дефектных состояний и состояний ремиссий с дефектом**. В практике экспертизы о трудоустройстве наиболее целесообразно, при всей его условности, разделение ремиссий и дефектных состояний по основным ведущим клиническим синдромам.

Наиболее часто встречаются: 1) астенические, 2) апатико-абулические, 3) параноидные, 4) ипохондрические и 5) так называемые «специфически» шизофренические синдромы.

Следует при этом иметь в виду, что и при астеническом, апатическом, параноидном и ипохондрическом дефектных состояниях, в большинстве случаев наблюдаются характерные для шизофрении в целом изменения личности больного (подозрительность, замкнутость, необщительность, аффективная тупость и т. д.). Выделение особого так наз. «специфически шизофренического» дефектного состояния практически целесообразно потому, что ведущими в клинической картине проявлениями дефекта в этих случаях бывают типичные симптомы—аутизма, отгороженности от окружающего мира в сочетании с существенными расстройствами мышления по типу резонерства или даже разорванности обычно при потере критического отношения к своему состоянию. Именно эти проявления дефекта оказывают наибольшее влияние на трудовую деятельность больного.

Само по себе отнесение дефектного состояния к какому-либо из перечисленных типов не определяет полностью трудоспособности и возможности трудоустройства больных. Для этого необходимо учесть все возможности компенсации имеющихся нарушений психики. Эти возможности компенсации зависят не только от синдрома проявления дефекта, но и от глубины болезненных явлений и от сохранившихся особенностей личности больного, его интересов, социально-бытовых установок, отношения к труду вообще и к данной профессии, в частности. Большое значение для компенсации дефекта имеют также условия работы, отношение со стороны коллектива к больному и правильно подобранный вид труда. Компенсация постпроцессуального дефекта затруднена при сложной структуре его с наличием нескольких синдромов и тем более при нарушениях мышления и при отсутствии у больного критики к своему состоянию. Подобные больные являются нетрудоспособными, но при малейшей возможности показано их вовлечение в трудовые процессы в условиях лечебно-трудовых мастерских диспансеров и больниц или специализированных цехов.

При сохранной установке на труд и наличии хотя бы некоторой критики к своему состоянию допустима попытка трудоустройства больных в условиях предприятий или учреждений. Однако, весь период становления ремиссии, формирования структуры дефекта и выработки стойкой его компенсации до выяснения устойчивости трудоустройства больным следует сохранять инвалидность 2-й гр.

с признанием их в дальнейшем, при успешной работе, инвалидами 3-й группы.

Исключительно велико значение положительного отношения больного к работе, от которого в большой степени зависит эффективность трудоустройства даже и при выраженных дефектах психики. Специфические особенности психики больных шизофренией, снижение активности, сужение круга интересов, амбивалентность, склонность к паранодной интерпретации обусловливают часто их чрезвычайно избирательную установку на определенный вид работы, что производит порой впечатление «каприза». На самом же деле возможность применить эти остающиеся порой своеобразные интересы в трудовой деятельности и найти им производительное применение помогает компенсировать больным свои дефекты. Поэтому, при малейшей возможности следует им итти в этом отношени навстречу, не расценивать эти избирательные установки и интересы только как каприз. Поступление на работу или продолжение учебы, к которой стремятся больные, нередко даже в случаях возможного в дальнейшем срыва, может иметь положительное значение в смысле активизации больного, компенсации дефекта, профилактики нового обострения процесса.

Все же при выборе вида труда врач эксперт должен учитывать не только желания и установки больного, но и структуру ремиссии и тип дефекта.

Астенический синдром, сравнительно с другими, дает наименьшие ограничения в выборе вида труда: таким больным надо по возможности разрешать работу по своей профессии с предоставлением облегченных условий (освобождение от ночных смен, от командировок, от административных обязанностей и т. д.). Если это является невозможным, следует подбирать для них работу, соответствующую их прежним навыкам, учитывая сохраняющиеся интересы и стремления.

Для больных, у которых в структуре дефекта преобладают параноидные и паранойяльные синдромы, рекомендуемые виды труда определяются в зависимости от степени генерализации бреда и от выраженности нарушений мышления. При нерезко выраженных нарушениях мышления и при инкапсуляции бреда, когда он не затрагивает профессиональную деятельность и общественные отношения больного, решающую роль играет наличие у больного критической оценки и коррекции своего поведения. Поэтому, такие больные требуют в экспертизе сугубо индивидуального подхода и обязательного получения объективных сведений об их поведении на работе и об отношении к ним со стороны коллектива. Успех трудоустройства этих больных нередко находится в прямой зависимости от благоприятной обстановки на работе, от доброжелательного отношения коллектива, которое, конечно, играет значительную роль при трудо-

устройстве больных шизофренией и с другими проявлениями дефекта.

В частности, это относится и к больным с специфически шизофреническими изменениями личности. Упомянутое уже своеобразие их мышления и поведения, избирательность их интересов позволяют им удерживаться только в том коллективе, где они встречают доброжелательное отношение и индивидуальный подход.

Эти существенные моменты должны быть учтены работниками по трудоустрйству органов социального обеспечения и врачами ВТЭК и особенно врачами здравпунктов и медсанчастей при проведении организационных мероприятий по трудоустройству больных шизофренией.

Больных с ипохондрическим и апатико-абулическим типом дефекта, при значительной выраженности этих синдромов можно трудоустраивать на работах в надомных условиях или в лечебно-трудовых мастерских. В случаях, если эти синдромы нерезко выражены, наиболее целесообразно трудоустройство этих больных в артели для инвалидов на несложной работе, не требующей проявления значительной инициативы.

Все же, поскольку для большинства больных шизофренией характерна повышенная пресыщаемость, им показана работа, допускающая частую смену приемов и не однообразная.

Следует подчеркнуть, что устойчивость трудоустройства больных шизофренией не определяется только теми или иными особенностями их психического статуса. Бывают больные замедленные, неуверенные в себе, замкнутые, которые, несмотря на все эти выраженные проявления болезни, справляются с достаточно сложной квалифицированной работой. Можно встретить и успешно работающего больного, который при клиническом обследовании обнаруживает достаточно выраженную расторможенность, отвлекаемость, эпизодические расстройства мышления. Наряду с этим есть больные с гораздо более сохранным мышлением, которые либо длительно не могут устроиться на работу, либо часто переходят с одного места работы на другое. При изменчивости состояния больных, своеобразии их реакции на окружающее, именно люди, с которыми работает больной, приобретают особенно большое значение как источник отрицательных или положительных влияний на состояние и трудоспособность больных шизофренией. При прочих равных условиях, благоприятно сложившиеся взаимоотношения в производственном коллективе могут оказаться решающими для закрепления на работе больного. Проявляемое окружающими понимание того, что в поведении больного относится за счет его болезненного состояния, желание и умение, исходя из этого, предупреждать возникновение конфликтных ситуаций, использовать в общении с больным наибо-

лее сохранившиеся здоровые стороны личности,—все это нередко позволяет длительно и устойчиво сохранять больных на работе.

Эти положения подтверждаются данными, которыми располагает ЦИЭТИН о фактическом трудоустройстве больных шизофренией. Они показывают, что круг профессий, в которых работают больные шизофренией, чрезвычайно широк, причем значительное количество больных занято на квалифицированных работах, а некоторые даже работают в высококвалифицированных профессиях интеллектуального труда (инженеры, врачи и т. п.). Эти же данные указывают на то, что процент работающих больных шизофренией выше среди группы больных с большим образованием. Все это убедительно доказывает недопустимость снятия больных даже с квалифицированной работы по одному признаку—диагнозу шизофрении, без подробного анализа и учета его состояния. Вместе с тем эти же данные указывают на целесообразность направления некоторых больных шизофренией на обучение, если они сами к этому стремятся и если их состояние не характеризуется выраженным интеллектуальным снижением.

Анализ фактического трудоустройства позволяет установить некоторые **общие противопоказания в работе для больных шизофренией:** Таковыми являются: необходимость приспосабливаться к высокому темпу и строго регламентированному рабочему процессу и связанная с этим невозможность произвольно регулировать темп своей работы. Сюда относятся работы на конвейере, работы, связанные с обслуживанием постоянно действующих агрегатов, с опасностью для самого больного и для окружающих в связи с возможностью аварий (водительские профессии, работа дежурных на электростанциях и т. п.).

В отношении организационно-производственных условий для больных шизофренией предпочтительна работа индивидуального типа, или в небольшом коллективе, в большей степени предохраняющая от возможных столкновений с окружающими и тем самым предупреждающая возникновение всяческих недоразумений.

Правильное экспертное заключение не может быть вынесено только на основании освидетельствования во ВТЭК, а требует учета данных длительного наблюдения за больным лечащими врачами поликлиник и диспансеров.

Поэтому от лечебных учреждений ВТЭК'и должны требовать наличия в посыльных листах следующие данные: помимо сведений, характеризующих общее состояние здоровья—

1) подробного клинико-трудового и бытового анамнеза; описания преморбидных особенностей личности больного, указания времени начала шизофренического процесса, количества перенесенных психотических приступов, проведенного лечения и длительности периодов временной нетрудоспособности.

2) Динамики состояния больного с описанием его поведения в быту, на работе.

3) Исследования неврологического состояния больного с соответствующими объективными данными (глазное дно и др.).

При исследовании больного во ВТЭК врачи-эксперты кроме основного диагноза шизофрении должны определить необходимые для экспертизы данные-форму, тип и стадию течения болезни. При дефектных состояниях следует указать особенности структуры и дефекта, выраженность его, отмечая те стороны состояния, которые имеют наибольшее значение для компенсации. Один диагноз шизофрении без этих подробных данных совершенно недостаточен для выяснения вопроса о трудоспособности больного. В качестве примеров могут быть приведены следующие сформулированные диагнозы: «шизофрения—выраженное дефектное состояние параноидного типа с отсутствием критики»; «шизофрения—кататоническая форма, острое состояние»; «шизофрения—состояния ремиссии с дефектом астенического типа».

При определении группы инвалидности ВТЭК необходимо руководствоваться соответствующей инструкцией по определению стойкого нарушения трудоспособности (инвалидности).

Согласно этой инструкции **первая группа инвалидности устанавливается** лицам, у которых наступила полная и стойкая утрата трудоспособности и которые нуждаются в постоянном постороннем уходе, помощи и надзоре.

Примером таких состояний могут служить: 1) больные с длительным затянувшимся кататоническим ступором или возбуждением.

2) Больные с выраженным слабоумием, разорванностью речи нелепым поведением.

3) Больные с затяжными подострыми состояниями (так называемые хроники) со склонностью к импульсивным, опасным для них или для окружающих, поступкам, к актам агрессии.

Вторая группа инвалидности, согласно инструкции устанавливается:

Лицам, полностью и стойко утратившим трудоспособность, вследствие значительно выраженных функциональных нарушений, но не нуждающимся в постоянном уходе, помощи и надзоре.

Лицам, которым профессиональный труд на длительный период противопоказан, вследствие возможности ухудшения течения заболевания.

Лицам с тяжелыми хроническими заболеваниями, которым труд не противопоказан, но доступен лишь в специально созданных для них значительно облегченных условиях.

Примером отнесения ко второй группе инвалидности могут служить:

1) Больные с затянувшимся подострым процессуальным состоянием без выраженных явлений психоза, вне состояний возбуждения или ступора.

2) Больные с выраженными чертами дефекта, со значительными расстройствами мышления, с параноидной интерпретацией, особенно при распространении ее на окружение по работе, с сутяжным бредом и т. п.

3) Больные с резко выраженным апатическим типом дефекта по интенсивности приближающимся к апатико-абулическому.

4) Больные с дезорганизацией поведения по типу расторможенности и с отсутствием критики.

5) Больные по выходе из острых состояний в период стабилизации ремиссии и формирования дефекта.

Третья группа инвалидности (согласно инструкции), устанавливается:

При необходимости по состоянию здоровья значительных изменений условий труда больного в своей профессии, которые приводят к сокращению объема производственной деятельности и тем самым к снижению квалификации.

При необходимости перевода по состоянию здоровья на работу другой профессии меньшей квалификации вследствие невозможности продолжать работу в своей прежней профессии (специальности).

К этой группе относятся больные с самыми разнообразными типами постпроцессуальных дефектов, при сохранности активности, трудовых установок и хотя бы некоторой критики к своему состоянию.

Примерами отнесения к 3-й группе инвалидности могут служить следующие больные:

1) Больные с дефектами астенического типа и астеноапатического типа.

2) Больные с нерезко выраженными изменениями личности, постпроцессуальными и психопатоподобными состояниями без резких нарушений мышления.

3) Больные с сохраняющейся, но нерезко выраженной параноидной интерпретацией, при инкапсуляции бреда и критическом отношении к своему поведению в коллективе.

Приведенные в настоящем методическом письме принципы, по которым должно итти разграничение различных форм и стадий течения шизофрении в экспертной практике, конечно, не отражают всего многообразия клинических вариантов, встречающихся в жизни, переходов между различными вариантами течения и типами дефектных состояний. Поэтому, каждый больной должен быть объектом детального клинического исследования с обязательным учетом не только проявлений болезни, но и индивидуальных особенностей его личности, интересов и установок. В экспертизе не

может быть штампа и шаблона, стереотипных повторений ранее вынесенных решений: состояние больных шизофренией глубоко динамично. Даже и в стадиях стойких ремиссий и постпроцессуальных дефектов приходится постоянно наблюдать изменчивость клинической картины структуры дефектного состояния, степени его компенсации.

Особенно важно для эксперта помнить то, что самое экспертное заключение, правильная трудовая рекомендация, трудовая деятельность больного в показанных для него условиях и видах труда являются могучими факторами, которыми и определяется в значительной степени динамика дефекта, возможность его компенсации.

Именно этим определяется профилактическое значение экспертной работы и правильной организаций трудоустройства для больных шизофренией.

Зав. Психиатрическим
отделением ЦИЭТИНа доцент МЕЛЕХОВ Д. Е.

Ст. научные сотрудники: ДУКЕЛЬСКАЯ И. Н.
КОРОБКОВА Э. А.

Л 128755 24/X-55 г. 1 п. л. Тип. МСО, РСФСР Зак. 1540—5000